

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ГИГРОМА (СУХОЖИЛЬНЫЙ ГАНГЛИЙ) — ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

[А. А. Анохин¹, П. А. Анохин²](#)

¹МБУЗ «Городская клиническая больница № 2» (г. Кемерово)

²ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
(г. Кемерово)

Цель исследования — повышение эффективности диагностики и лечения рецидивирующей гигромы (сухожильного ганглия) опорно-двигательной системы. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 38-ми больных (основной и контрольной групп) с гигромами (сухожильный ганглий) опорно-двигательной системы. Клинически оценивали болевой синдром, функцию сустава, размеры мягкотканной опухоли. При анализе метода рентгенологического контрастирования и запатентованного способа лечения опухолей опорно-двигательного аппарата оценивали доказательную эффективность данных методик.

Ключевые слова: гигрома (сухожильный ганглий), рецидивирование образования, метод рентгенологического контрастирования, способ лечения опухолей опорно-двигательной системы, каменное масло.

Анохин Андрей Анатольевич — кандидат медицинских наук, врач травматологического отделения № 2, МБУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Кемерово, контактный телефон: 8 (3842) 36-93-64, e-mail: anokhin3@yandex.ru

Анохин Павел Андреевич — студент 5-го курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», контактный телефон: 8 (3842) 36-93-64, e-mail: anokhin3@yandex.ru

Введение. В последние десятилетия значительно повысился интерес к диагностике и лечению мягкотканых новообразований опорно-двигательной системы. Гигрома (сухожильный ганглий) по международной классификации мягких тканей (Энцингер, 1969) [5] относится к сомнительно опухолевому процессу, представляя собой доброкачественное образование кистообразной формы, которое происходит из капсулы сустава или оболочки сухожилия. Стенкой гигромы является плотная соединительнотканная оболочка, состоящая из одной или нескольких полостей-камер, внутри которых желеобразное содержимое (с желтым оттенком), представляющее собой загустевшую синовиальную жидкость. Гигрома (сухожильный ганглий) составляет от 7 до 15 % всех мягкотканых новообразований опорно-двигательной системы [1]. Из них до 40 % имеют рецидивирующее течение [3]. Причина возникновения

и рецидивирования данного образования на сегодняшний день до конца не выяснены. К факторам риска можно отнести:

- поверхностное расположение сухожильного влагалища или синовиальной сумки;
- профессиональная деятельность, связанная с постоянной нагрузкой на суставы или сухожилия;
- рецидивирование гигромы при неполном удалении оболочки образования во время операции.

В связи с этим особый интерес для нашего исследования в диагностике и лечении гигромы (сухожильного ганглия) представляют результаты наблюдения за пролеченными больными основной и контрольной групп.

Цель исследования — повышение эффективности диагностики и лечения рецидивирующей гигромы (сухожильного ганглия) опорно-двигательной системы.

Материалы и методы. Нами проведены клинические исследования 38-ми больных (19 человек из основной группы и 19 человек из контрольной группы) в период с января 2003 по ноябрь 2012 года в отделении травматологии № 2 МУЗ «ГКБ № 2» г. Кемерово.

Из 38-ми обследованных и пролеченных больных с гигромой (сухожильным ганглием) по локализации коленный сустав и голень было 10 (26 %) человек, лучезапястный сустав — 18 (47 %) человек, голеностопный сустав — 6 (16 %) человек, фаланги пальцев — 4 (11 %) человека. Клинически оценивали болевой синдром, функцию сустава, размеры мягкотканного образования и рецидивирование процесса [2]. При обследовании и лечении контрольной группы проводились стандартные лучевые методы исследования: рентгенологический и ультразвуковой, с помощью которых оценивали мягкотканый компонент по размеру, контуру, структуре и плотности образования. В основной группе пациентов применен метод рентгенологического контрастирования (МРК) и запатентованный способ лечения опухолей опорно-двигательной системы (СЛООДС) (Анохин А. А. и др., 2010). В нашем исследовании применен сертифицированный препарат каменное масло [4].

Для установления диагноза и локализации рентгенконтрастного новообразования мягких тканей производился сбор анамнеза, осмотр, пальпация, лучевое исследование, операция и динамическое наблюдение в течение 5 лет (100 % случаев).

Клинический пример. Больной Л. 32 лет обратился в травматолого-ортопедическое отделение № 2, МБУЗ «ГКБ № 2» г. Кемерово 15.07.2007 с жалобами на опухолевидное образование правой голени.

В течение 2 лет после физических нагрузок появилось опухолевидное образование на правой голени, занимался самолечением, прочитал в интернете народные советы — прикладывал капустный лист, желтую глину, опухоль не уменьшилась. Два дня назад после тяжелой физической работы образование увеличилось, появились боли в правой голени при ходьбе.

Объективный осмотр: по тыльной поверхности правой голени на уровне проксимального отдела образование 4,0 см в диаметре, безболезненно и подвижно при пальпации, функция в правом коленном суставе в полном объеме. Нарушений иннервации, гемодинамики в стопе нет.

ОАК, ОАМ без особенностей.



СЛООДС, патент РФ на изобретение № 2463061 от 10.10.2012

Выполнено патологогистологическое исследование № 2311-14 от 03.10.2007, в материале стенки оболочки неравномерной толщины за счет фиброзной воспалительной ткани, полнокровные сосуды.

В послеоперационном периоде пациент получал *каменное масло* внутрь в виде раствора по 200 мл 3 раза в день в течение двух месяцев.

Выполнены контрольные обследования пациента через 2 месяца, 1 год, 3 года, 5 лет после операции — рецидивирование мягкотканного образования отсутствует.

Обсуждение. Функциональные результаты прослежены у 38-ми (100 %) больных, после проведенного исследования и хирургического лечения они признаны хорошими. В результате изучения гистологических препаратов все образования признаны доброкачественными, что позволило утверждать о положительной динамике состояния пациентов в послеоперационном периоде.

При оценке диагностика МРК оказалась более точной, чем рентгенологическое исследование стандартным способом, была установлена более четкая визуализация образования. Эффективность диагностики показателей в группе пациентов с неопухольевыми процессами, обследованных МРК, составила 14 % ($p < 0,01$).

При сравнительной оценке динамики показателей рецидивирования в основной и контрольной группах через 1 год наблюдения оказалось следующее: в контрольной группе был отмечен рост случаев рецидивирования процесса ($p < 0,05$). В основной группе пациентов, лечившихся запатентованным способом препаратом *каменное масло*, имело место снижение показателя рецидивирования ($p < 0,01$). Через 3 года и 5 лет наблюдений в основной группе отсутствуют все показатели рецидивирования у больных, лечившихся СЛООДС препаратом *каменное масло* ($p < 0,01$), по сравнению с контрольной группой.

Анализируя свои исследования, мы пришли к выводу, что выжидательная тактика не оправдана за исключением, может быть, некоторых образований. Больных с гигромами нужно оперировать рано. Это сокращает сроки лечения в зависимости от возраста больного, величины очага, места поражения и характера клинического течения.

Выводы. Таким образом, МРК и запатентованный СЛООДС в отличие от стандартных методов диагностики и лечения позволяет повысить эффективность диагностики гигромы (сухожильного ганглия) и исключить рецидивирование процесса в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Ахмедов Б. П. Опухоли опорно-двигательного аппарата / Б. П. Ахмедов, О. Н. Хмелев // Сб. научн. тр. — М., 1976. — Вып. 5. — С. 98–102.
2. Веснин А. Г. Атлас лучевой диагностики опухолей опорно-двигательного аппарата / А. Г. Веснин, И. И. Семенов. — СПб. : Невский диалект, 2002. — Ч. 1–2. — 310 с.
3. Винтергальтер С. Ф. Рентгенодиагностика опухолей мягких тканей / С. Ф. Винтергальтер, А. Г. Веснин. — М. : Медицина, 1979. — 180 с.
4. Полевая М. И. Каменное масло / М. И. Полевая. — М., 2007. — № 4. — 77 с.
5. Энцингер Ф. М. Гистологическая классификация опухолей мягких тканей / Ф. М. Энцингер, Р. Латтес, Г. Торлони // Международная гистологическая классификация опухолей мягких тканей. — М., 1974. — № 3. — 48 с.

RECIDIVATING HYGROMA (TENDINOUS GANGLION) — DIAGNOSTICS AND TREATMENT

A. A. Anokhin¹, P. A. Anokhin²

¹MBHE «City clinical hospital № 2» (Kemerovo c.)

²SBEI HPE «Kemerovo State Medical Academy» of Ministry of Health (Kemerovo c.)

The objective of the research is raising the efficiency of diagnostics and treatment of recidivating locomotorium hygroma (tendinous ganglion). Results of diagnostics and treatment of 38 patients (main and control groups) with hygromas (tendinous ganglion) locomotorium were analysed. Pain syndrome, joint function, sizes of soft-tissue tumor were clinically estimated. Evidential efficiency of these techniques were estimated in the analysis of method of radiological contrasting and patented way of treatment of locomotorium tumors.

Keywords: hygroma (tendinous ganglion), recurring educations, method of radiological contrasting, way of treatment of locomotorium tumors, stone oil.

About authors:

Anokhin Andrey Anatolyevich — candidate of medical sciences, doctor of traumatological unit № 2 at MBHE «City clinical hospital №2», contact phone: 8 (3842) 36-93-64, e-mail: anokhin3@yandex.ru

Anokhin Pavel Andreevich — student of the 5th course of medical faculty at SBEI HPE «Kemerovo State Medical Academy» of Ministry of Health, contact phone: 8 (3842) 36-93-64, e-mail: anokhin3@yandex.ru

List of the Literature:

1. Akhmedov B. P. Locomotorium tumors / B. P. Akhmedov, O. N. Hmelev // Sb. scient. work. — M, 1976. — Iss. 5 . — P. 98-102.
2. Vesnin A. G. Atlas of radial diagnostics of locomotorium tumors / A. G. Vesnin, I. I. Semenov. — SPb.: Nevsky dialect, 2002. — P. 1–2. — 310 P.
3. Vintergalter S. F. Radiodiagnosis of tumors of soft tissues / S. F. Vintergalter, A. G. Vesnin. — M: Medicine, 1979. — 180 P.
4. Polevaya M. I. Stone oil / M. I. Polevaya. — M, 2007. — № 4. — 77 P.
5. Entsinger F. M. Histological classification of tumors of soft tissues / F. M. Entsinger, R. Lattes, G. Torloni // International histological classification of tumors of soft tissues. — M, 1974. — № 3. — 48 P.